Aus der städtischen Nervenheilanstalt Chemnitz-Hilbersdorf.
(Direktor: Prof. Dr. L. W. Weber.)

Zur Differentialdiagnose der multiplen Sklerose.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

vorgelegt von

Rudolf Rotter,
Arzt.

Breslau 1920.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei. E. G. m. b H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Bumke.

Die Eigenschaft einer häufig wechselnden klinischen Erscheinungsform teilt die multiple Sklerose in besonderem Maße mit der Lues des Zentralnervensystems und der Hysterie, deren große klinische Variabilität kaum der Erwähnung bedarf.

Gegenüber ähnlich gelagerten luetischen Erkrankungen, namentlich den spastischen Formen der syphilitischen Meningomyelitis, wird sich die Unterscheidung von multipler Sklerose teils durch ihren längeren Verlauf, teils durch Erfolg der Therapie, endlich durch den Ausfall der „4 Reaktionen“ ergeben. Letztere beiden Punkte dürfen jedoch für sich allein nicht als voll beweisend gelten, zumal auch manche Fälle von multipler Sklerose durch Salvarsan günstig beeinflußt werden. In manchen Fällen muß daher die Diagnose längere Zeit unentschieden bleiben.

Vor einer Verwechslung mit Hysterie schützen vor allem die kritische Würdigung der Gesamtpersönlichkeit und der bei einzelnen Symptomen deutlich hervortretende „psychogene“, d. h. von seelischen Einwirkungen abhängige Charakter derselben. Aber auch dann kann die gemeinsame Unsicherheit und Mannigfaltigkeit körperlicher und seelischer Krankheitszeichen zu Irrtümern führen. Diese Gefahr besteht am dringendsten bei einer Kombination jener Leiden und einer wechselnden Vorherrschaft der Symptome beider. Hier kann auch helfen die psychotherapeutische Beeinflussung der hysterischen Smyptome, indem nach Behebung derselben durch Hypnose oder suggestive Verfahren der organische Kern deutlicher hervortritt. Vorsicht bei diesen Fällen ist aber geboten mit den brüsken Behandlungsmethoden (Kaufmann), bevor nicht sicher und einwandfrei die multiple Sklerose ausgeschlossen werden kann.

Gegenüber den anderen Nervenkrankheiten ist weniger die alte Charcotsche Trias von Wert, als die schon von E. Müller, später von H. Oppenheim und H. Schlesinger angeführte Kombination von Veränderungen des Augenfundus, Fehlen der Bauchdeckenreflexe, spastischen Erscheinungen der Unterextremitäten.

Diese Trias verliert dann ihren Wert, wenn der umschriebene Symptomenkomplex einer bestimmten Nervenkrankheit die Szene eröffnet: z. B. eine Opticusaffektion, eine periphere Facialislähmung, ein hemiplegischer Insult verschiedener Lokalisation.

In diesen Fällen versagen auch die von Marburg hervorgehobenen Stigmata: Multiplizität des Prozesses, schleichender, remittierend-intermittierender Verlauf („initiale Latenz" nach Curschmann), Fehlen von Fieber.

Auf einen neuen Weg führen Steiner und Kuhn die Diagnose durch den Nachweis von Spirochäten in Blut und Liquor frischer Fälle mittels des Tierversuches.

9 Krankengeschichten sollen die häufigen Schwierigkeiten der Differentialdiagnose beleuchten:

Fall 1. Syphilitische Spinalparalyse oder multiple Sklerose bei einem Kriegsteilnehmer: Frühere Lues sichergestellt. Vor ca. 1 Jahr luetische Rückenmarkserkrankung wegen positiven Blutwassermanns angenommen. Jetzt Kombination spastischer Spinalparalyse mit Fehlen dreier Bauchdeckenreflexe, ruckartigem Nystagmus. Blutwassermann negativ. Remittierender Verlauf.

Diagnose: Progrediente cerebrospinale multiple Sklerose.

Fall 2. Tumor spinalis oder Myelitis syphilitica dorsalis oder Sklerosis multiplex: Vor 12 Jahren Ulcus molle. Jetzt mehrmonatiges Vorstadium allgemeiner und sensibler Störungen, dann rasche Entwicklung einer hartnäckigen Paraparese der Beine bei Fehlen der Bauchdecken- und Cremasterreflexe ohne wesentliche Sensibilitätsstörungen, anfänglicher feinschlägiger Nystagmus horizontalis. Antiluetische Kur von geringem Erfolge.

Diagnose: Vorwiegend spinale multiple Sklerose.

Fall 3. Multiple Sklerose oder traumatische spastische Spinalparalyse: Mit 21 Jahren Fraktur (?) des 3. Lendenwirbels und allmählich verschwindende Paraplegie der Beine. 22 Jahre später, nach starken Anstrengungen, Neuerkrankung gleicher Art mit Restieren hochgradiger spastischer Paraparese der Unterextremitäten. Keine Zeichen von Lues.

Diagnose: Traumatische spastische Spinalparalyse.

Fall 4. Hysterie und Neuritis oder multiple Sklerose mit hysterischer Überlagerung: 2 „Telephonunfälle" mit 5½ Jahren Zwischenraum. Nach dem 2. Unfall hysterischer Symptomenkomplex und doppelseitige Oberarmneuritis. Heilung nach suggestiven und symptomatischen Maßnahmen. Nach 1 Jahr voll entwickelte multiple Sklerose mit unverkennbarer, hysterischer Überlagerung. Auch die erste Erkrankung war eine Exacerbation, die wegen geringer und atypischer organischer Befunde und auf Grund der typischen Konstellation (Telephonunfall!) als vorwiegend psychogen angesehen wurde.

Fall 5. Hysterie oder multiple Sklerose: 1 Jahr nach Granatsplitterverletzung plötzliche Parese des betroffenen Beines. Überwiegen psychogener Momente im Krankheitsbilde, hysterische Stigmata, unsichere organische Symptome. Nach 8 Tagen voll ausgebildete Seitenstrangs - Hinterstrangserkrankung mit fehlenden Abdominalreflexen, Nystagmus. Tod nach 6½ Wochen durch Sekundärinfektion.

Diagnose: Akuter Schub einer älteren latenten multiplen Sklerose, durch Sektion bestätigt.

Fall 6. Hysterie oder multipe Sklerose: Nach 4 jährigem Felddienst und 4 maliger Verwundung dauernde Müdigkeit, funktionell anmutende Gangstörungen, Insuffizienz- und Suicidideen. Organisch nur Fehlen der Bauchdeckenreflexe. Besserung durch Hypnose. Nach ³/₄ Jahren sichere cerebrale und spinale Symptome bei Abnahme der psychischen Anomalien.

Diagnose: Multiple Sklerose mit anfänglicher hysterischer Überlagerung.

Fall 7. Multiple Sklerose oder Hysterie: 7 Monate nach Granatsplitterverletzung und „Verschüttung“ hysterische Störungen, nach weiteren 1¼ Jahren ausgeprägte Kriegs- und Rentenneurose. Dabei wechselnde, auf multiple Sklerose verdächtige, bulbäre und spinale Symptome, deren starke Inkonstanz jedoch im Verein mit dem gesamten psychischen Verhalten die Diagnose auf Hysterie stellen läßt.

Fall 8. Multiple Sklerose oder Hysterie: Ca. ½ Jahr nach Contusio (?) medullae spinalis bei Entlassung zur Kompanie Ausbildung einer „Schüttellähmung“ mit sehr wechselnden Spasmen ohne organische Reflexstörungen. Im ersten Lazarett multiple Sklerose angenommen. Gegen „innere“ Behandlung refraktär. Bei energischer Suggestivtherapie sofortiges Verschwinden der „Lähmung“, allmähliches Wiederauftreten bei fehlender Nachbehandlung.

Diagnose: Hysterie.

Fall 9. Multiple Sklerose oder Encephalitis lethargica: Nach mehrmaligem Hinstürzen bei körperlichen Anstrengungen in den letzten 3 Jahren schleichende Erkrankung mit tiefer Somnolenz, später mit choreiformen Zuckungen, allgemeinem Tremor, einigen cerebralen, bulbären und spinalen organischen Symptomen, die sich ins Bild der multiplen Sklerose fügen lassen. Diese Zeichen eignen jedoch auch der Encephalitis lethargica, und führen zur Diagnose dieser Krankheit, besonders wegen der Kombination mit anfänglichen, nur langsam weichenden lethargischen Erscheinungen.